UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946 N° 8

ULCUS GASTRO-DUODENAL TUBERCULEUX

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement le 4 Février 1946

PAR

Christian DAUPS

MEMBRES DU JURY. ..... MM. FABRE P., *Président.*
BOUNHOURE
GADRAT *Assesseurs.*
DARNAUD
DIEULAFÉ *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2

1948

DAUPS (Christian). —

Ulcus gastro-duodénal tuberculeux.

Toulouse 1948, Imp. Toulousaine, in-8°, 76 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1946, n° 8.

DAUPS (Christian). —
Ulcus gastro-duodénal tuberculeux.

Toulouse 1948, Imp. Toulousaine, in-8°, 76 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1946, n° 8.

DAUPS (Christian). —

Ulcus gastro-duodénal tuberculeux.

Toulouse 1948, Imp. Toulousaine, in-8°, 76 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1946, n° 8.

DAUPS (Christian). —

Ulcus gastro-duodénal tuberculeux.

Toulouse 1948, Imp. Toulousaine, in-8°, 76 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1946, n° 8.

ULCUS GASTRO-DUODENAL TUBERCULEUX

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires
MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR GARIPUY, CLERMONT

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS, LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS

	MM.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.
Médecine Sociale	BOUNHOURE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie ..... M. BAISSET, Anatomie ..... COULOUMA.

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	N
Histologie	BIMES, ch. des f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique Médicale	MARQUES.

	MM.
Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.),
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Odonto-Stomatologie	CADENAT

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.)
Microbiologie	DAMBRIN (P.), BOUISSET

	MM.
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU.
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946 N° 8

ULCUS GASTRO-DUODENAL TUBERCULEUX

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement le 4 Février 1946

PAR

Christian DAUPS

MEMBRES DU JURY..... MM. FABRE P., *Président.*
BOUNHOURE
GADRAT *Assesseurs.*
DARNAUD
DIEULAFÉ *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2

1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA MERE

A MON PERE

A MES FRERES ET SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Pierre FABRE

Professeur de clinique chirurgicale Urologique

Qui nous a fait l'honneur de nous donner le sujet et d'accepter la présidence de cette thèse. Au cours de nos études il a toujours su nous donner d'excellents conseils.

Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Docteur BONHOURE

Monsieur le Docteur GADRAT

Monsieur le Docteur DARNAUD

Monsieur le Docteur DIEULAFÉ

Nous leur exprimons notre gratitude pour l'honneur qu'ils nous ont fait de bien vouloir siéger à notre Jury de Thèse.

Introduction

M. le Professeur Pierre Fabre ayant un jour reçu, à son cabinet, la visite d'un homme atteint d'un syndrôme de Cruveilhier, décida de l'opérer de son ûlcus. L'examen histologique de la pièce anatomique révéla qu'il s'agissait d'un ulcus tuberculeux. La rareté de cette affection, son intérêt clinique qui réside dans sa ressemblance à l'ulcus rond, le peu de travaux qui ont été faits à son sujet, le décidèrent à faire traiter la question. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait de nous confier cette étude.

CHAPITRE PREMIER

Généralités

sur

la tuberculose gastro-duodénale

La tuberculose gastrique est une affection très rare puisque en 1938, dans toute la littérature mondiale, Clagett ne réussit à en recueillir que 367 cas. Good estime que la maladie ne représente que 0,34 % de toutes les autopsies. Chaque auteur annonce au plus un à trois cas personnels. Nous donnerons comme exemples : Alessandri, 2 cas; Light, 3 cas; Albertal, 2 cas; Popof, 3 cas; Deinek, 1 cas; Montemartini, 6 cas.

Ces chiffres sont cités par Jacques Stéphani dans son « Précis de tuberculose ». Les ouvrages didactiques ne parlent pas de cette affection ou bien lorsqu'ils en parlent ne la mentionnent que pour mémoire. La tuberculose du duodenum paraît être un peu plus fréquente d'après l'avis de certains auteurs. Lisa évalue sa fréquence à 3 % des autopsies. Sa statistique porte sur 1.444 autopsies.

I. — HISTORIQUE DE LA TUBERCULOSE GASTRIQUE

Jusqu'à Marfan, la tuberculose gastrique n'apparaît dans la littérature que sous forme d'observations sporadiques et isolées. En 1887, Marfan étudiant dans sa thèse « les troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire », consacre un chapitre à « quelques manifestations rares » au niveau de l'estomac et réunit 12 observations d'ulcérations gastriques tuberculeuses qu'il considère comme authentiques.

En 1902, Arloing reprend la question des « ulcérations tuberculeuses de l'estomac » dans une étude très détaillée, très documentée, qu'il appuie de 147 observations connues et d'expériences personnelles dont il se sert pour bâtir une théorie pathogénique.

En 1905, Ricard et Chevrier publient dans la « Revue de Chirurgie », un long article consacré à la tuberculose sténosante du pylore, faisant ainsi aparaître une nouvelle forme ulcéreuse.

En 1909, Leriche et Mouriquand reprennent la question en donnant une classification plus détaillée des diverses formes de la tuberculose gastrique.

Il faut arriver à Sima Nadine (Thèse Paris, 1924) inspirée par Lecène pour avoir une classification histologique.

1. Tuberculose ulcéreuse.
2. Tuberculose hypertrophique.
3. Tuberculose inflammatoire des Lyonnais.
4. Abcès froid de la paroi gastrique.

Les derniers travaux sont de Mauboussin en 1933, Badinier en 1936, Barbier en 1944.

Une belle observation d'ulcère tuberculeux du duodénum a été rapportée, en 1941, par Guy Albot, dans la « Société Médicale des Hôpitaux de Paris ».

II. — ULCERATIONS ET ULCERES TUBERCULEUX GASTRO-DUODENAUX

Parmi les ulcérations que peut déterminer la tuberculose au niveau de la muqueuse gastro-duodénale, il en est qui ne déterminent point de symptômes particuliers au cours de la vie du malade et ne sont que des découvertes d'autopsie. Elles restent perdues au milieu des symptômes de la gastrite tuberculeuse et des phénomènes terminaux d'une bacillose généralisée très évolutive.

Toutes ces ulcérations sont multiples, siègent n'importe où sur l'estomac et le duodénum, coïncident avec une tuberculose intestinale et en somme ne présentent aucun intérêt clinique.

Mais à côté de ces formes, il en existe une, beaucoup plus rare, qui est une ulcération d'aspect bien déterminé aux points de vue macroscopique et microscopique, bien caractérisée aussi par son siège, et par les symptômes qu'elle provoque. A tel point qu'elle prend le pas sur la tuberculose pulmonaire souvent méconnue constituant à elle seule tout l'état morbide caractérisé par des douleurs post-prandiales et parfois même cycliques : en somme un véritable ulcère tuberculeux gastro-duodénal, ou même mieux « ulcus tuber-

culeux gastro-duodénal », terme que nous préférons car il évoque immédiatement à l'esprit une entité à la fois anatomique et clinique.

Peu d'auteurs ont consacré un travail exclusif à l'étude de l'ulcus tuberculeux gastro-duodénal. Hartmann et Renaud ont publié en 1920, dans le « Bulletin de la Société Anatomique de Paris », 9 cas « d'ulcérations de l'estomac à forme clinique et anatomique d'ulcération simple. La même année Quénardel, dans sa thèse à Paris, traite de l'ulcère tuberculeux de l'estomac, mais malheureusement présente à l'appui de sa thèse une observation qui n'est appuyée d'aucune étude histologique et qui par le fait ne présente à notre avis aucune valeur de certitude. En 1926, Ravault et Creyssel publient dans les archives des maladies de l'appareil digestif un article intitulé « les lésions folliculaires spécifiques dans l'ulcère gastrique vrai ».

Ce sont là à notre connaisance les seuls travaux qui aient paru en France sur la question de l'ulcus tuberculeux. Une mise au point était nécessaire.

III. — PLACE DE L'ULCUS TUBERCULEUX DANS UNE CLASSIFICATION ANATOMO-CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE GASTRIQUE.

Nous distinguerons des formes cliniquement latentes et des formes cliniquement prédominantes.

A) Formes cliniquement latentes de la tuberculose gastrique.

a) **Ulcérations multiples gastro-intestinales :**
Elles ne sont que la traduction de la propaga-

tion à la muqueuse gastro-duodénale d'une tuberculose intestinale.

b) **Ulcérations multiples gastro-duodénales :**

Elles peuvent exister sans tuberculose intestinale. Elles ne donnent pas de syndrôme caractérisé. On en trouve de nombreux exemples dans la thèse d'Arloing.

Ces deux formes sont le plus souvent des découvertes d'autopsie.

B) **Formes cliniquement prédominantes de la tuberculose gastrique.**

a) **Abcès froid de la paroi gastrique :**

On en connaît deux exemples : celui de Schleisinger (1914), celui de Ramon (1921). Ce n'est en réalité qu'un phénomène de propagation à la paroi gastrique d'une tuberculose ganglionnaire prépylorique.

b) **Forme inflammatoire de Poncet et Leriche.**

Sans lésion spécifique. Son autonomie est très discutée par les auteurs.

c) **Forme hypertrophique de Poncet et Leriche.**

Elle est constituée par une infiltration limitée de la sous-muqueuse se propageant à la musculeuse, associée à la fibrose. C'est un véritable tuberculome gastrique, analogue au tuberculome cœcal, provoquant un épaississemnt de la paroi avec phénomènes de sténose.

d) **Forme de Fiessinger.**

Elle a été isolée, en 1941, par cet auteur qui l'a décrite dans la « Société médicale des Hôpi-

taux de Paris » sans lui donner de nom. Il s'agit d'un nodule tuberculeux intra-pariétal secondaire à une volumineuse adénopathie juxtagastrique qui provoque des phénomènes de sténose d'origine extrinsèque par compression. Pour Fiessinger, la paroi gastrique serait infectée par voie lymphatique rétrograde.

e) **Ulcus tuberculeux gastro-duodénal.**

C'est un ulcère siégeant dans la zone de l'ulcère simple et donnant le syndrôme de Cruveilhier. Il ne s'en distingue que par l'histologie sur laquelle seule le diagnostic peut reposer (cellules géantes et B K). Il en existe deux formes :

— forme non sténosante,

— forme sténosante (par la réaction de la paroi).

Ayant posé et délimité le problème de l'ulcus tuberculeux gastro-duodénal, nous étudierons successivement :

— L'anatomie pathologique;

— La pathogénie.

Avant d'aborder l'étude clinique, nous consacrerons un chapitre à des

— Observations.

Nous envisagerons ensuite :

— L'étude clinique;

— Le traitement;

— Les conclusions générales.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique de l'ulcus tuberculeux

Nous diviserons cette étude en deux parties :

A) **L'ulcus propremnt dit :** Etude macroscopique, Etude microscopique.

B) **Les réactions péritonéales et ganglionnaires.**

A) L'ULCUS

I. — Etude macroscopique.

Il en existe deux formes :

— l'ulcus tuberculeux à forme d'ulcère simple,

— l'ulcus tuberculeux à bords décollés.

a) **Ulcus tuberculeux à forme d'ulcère simple.**

Il se présente exactement sous l'aspect macroscopique de l'ulcère de Cruveilhier. Des exemples en ont été rapportés par Hartmann et Renault (9 observations en 1920, 2 observations en 1926) et par Ravault et Creyssel (3 observations en 1926). Cette forme ne se distingue de l'ulcère simple que par l'histologie.

Les bords sont surélevés et épais.

La paroi s'incline en pente douce vers le fond ou prend un aspect vertical taillé à pic et adhère au fond sans décollement.

Le fond est constitué par la sous-muqueuse épaissie.

b) **Ulcus tuberculeux typique :**

Il a bien été décrit par Arloing. Typiquement, ils se présente sous forme d'une ulcération dont le fond est plus large que l'orifice.

Les bords sont constiués par la muqueuse qui avance dans le vide au-dessus du fond de l'ulcère en formant un récessus au-dessous d'elle. Elle apparaît ainsi comme une membrane flottant au-dessus de l'ulcération. Eppinger traduit cette disposition en disant que **les bords sont minés en dessous.**

Le fond est rouge sombre, sale, parsemé de granulations gris jaunâtre. Sur tout son pourtour au-dessous du bord flottant se trouve une sorte d'anneau jaunâtre formé par des amas caséeux.

Ce fond est constitué par la sous-muqueuse. Arloing dit que le processus ulcéreux s'étend rarement plus loin. En réalité, on trouve souvent des ulcères tuberculeux dont le fond est constitué par la musculeuse et même parfois par la séreuse épaissie et sclérosée.

c) **Aspect particulier au pylore :**

Au niveau de l'anneau pylorique, cette deuxième forme de l'ulcère tuberculeux prend souvent un aspect annulaire spécial, en forme de gorge circulaire pouvant faire le tour complet du pylore.

Les bords décollés prennent alors l'allure de deux liserés parallèles pendant dans la lumière de l'organe.

Le fond prend l'aspect d'une rigole faisant tout le tour de l'anneau. L'anneau caséeux du fond forme ici deux lignes jaunâtres sur les deux côtés de la rigole ulcérée.

d) **Réaction de voisinage :**

Les tissus avoisinant immédiatement l'ulcère sont fréquemment le siège d'une réaction calleuse qui fait à celui-ci une base surélevée en forme de plateau rond.

Au niveau du pylore la réaction est annulaire, « en forme de banane », dit Durante. Cette tumeur annulaire dont le dessus est ulcéré arrive à obstruer complètement le tunnel pylorique dans lequel on n'arrive plus à introduire une bougie de moyen calibre.

e) **Taille et forme :**

L'ulcus tuberculeux est généralement rond ou ovalaire : il est alors orienté suivant l'axe de l'estomac, sauf au niveau du pylore où il est orienté perpendiculairement ainsi que nous venons de le voir. On décrit enfin des **formes fissuraires** très difficiles à découvrir au milieu des plis de la muqueuse gastrique.

Sa taille est en général celle d'une pièce de 50 centimes à un franc. On voit cependant des ulcères beaucoup plus grands, et même des ulcères géants de la taille d'une paume de main (exemple donné par Orlandi). Il en existe aussi de punctiformes tel celui décrit par Guy Albot (Obs. XXI ci-desous).

Ricard et Chevrier décrivent l'ulcère tuberculeux du pylore comme étant « la plus grande des ulcérations gastriques ». Ils lui assignent comme taille : 5 cm. de long sur 2 ou 3 de large.

f) **Siège :**

L'ulcus tuberculeux siège aux points d'élection de l'ulcère simple : la petite courbure, l'antre pylorique, l'anneau pylorique, le duodénum.

Mais contrairement à l'ulcère simple qui siège dans 60 % des cas en moyenne sur la petite courbure, l'ulcère tuberculeux siège dans les mêmes proportions au niveau de l'anneau pylorique, y produisant des phénomènes de sténose.

g) **Nombre.**

De même que l'ulcère simple, l'ulcère tuberculeux est unique dans la grande majorité des cas. Il arrive cependant qu'il en existe plusieurs. Nous avons consigné ci-dessous une observation de Bereznegowsky (Obs. VIII) dans laquelle on trouve trois ulcères pyloriques de 2 millimètres de diamètre chacun, et une observation de Broders (Obs. IX) qui signale « des ulcères tuberculeux multiples de l'antre pylorique ». Quoiqu'il en soit, dans la grande majorité des cas, l'ulcus tuberculeux est un ulcère unique.

En résumé :

Ulcère unique, reposant sur une base surélevée, à bords minés en dessous et flottants, à fond rouge sale parsemé de granulations jaunâtres, de forme ronde ou ovalaire, de taille d'une pièce de 50 centimes en moyenne; siégeant de préférence au niveau du pylore.

II. — Etude microscopique.

La nature tuberculeuse de l'ulcère est signée par la présence de cellules géantes de Langhans et de Bacilles de Koch (de façon inconstante).

Voici la description histologique typique d'un ulcère tuberculeux.

a) **A un faible grossissement :**

L'ulcère a la forme d'un entonnoir dont le sommet est tourné vers la cavité gastrique et la base vers les parties profondes de la paroi.

La muqueuse forme à elle seule les bords de l'ulcère.

Le fond est constitué par la sous-muqueuse qui est le siège de phénomènes de caséification.

b) **A un fort grossissement :**

La sous-muqueuse est le siège de lésions tuberculeuses qui constituent le fond de l'ulcère.

Du centre à la périphérie, on trouve :

1. Une zone caséeuse.

Petites cellules granuleuses contenues dans un réticulum à larges mailles avec des vaisseaux oblitérés.

Gros tubercules résultant de la confluence de plusieurs granulations.

2. Une zone embryonnaire.

Constituée par le tissu conjonctif sous-muqueux en voie de prolifération.

Ses mailles sont infiltrées par des cellules jeu-

nes comprimant les vaisseaux dont l'endothélium prolifère.

Beaucoup de glandes gastriques ne sont plus représentées que par leur fond. Beaucoup d'entre elles ont perdu la plus grande partie de leur canal excréteur.

3. Une zone pérituberculeuse.

On y trouve des éléments ressemblant aux cellules géantes.

La couche glandulaire vivement irritée, même à distance de l'ulcère, présente une infiltration et une prolifération des cellules embryonnaires autour des culs-de-sacs et de leurs vaisseaux. Cellules épithéliales glandulaires multipliées ainsi que leurs noyaux. Elles secrètent du mucus.

— Dans la sous-muqueuse, l'irritation et l'infiltration sont beaucoup moindres.

Telles sont les lésions que l'on observe dans la sous-muqueuse.

— Arloing croyait que la musculeuse n'était jamais atteinte par le processus tuberculeux. En réalité, le fait s'observe et l'on voit alors les faisceaux musculaires dissociés par des tubercules.

Fréquemment, on trouve des Bacilles de Koch dans les ltésions : 19 fois sur 147 observations dans Arloing. Maberson (Obs. IV), Lecène (Obs. X), Broders (Obs. XI), Badinier (Obs. XX) en apportent d'autres exemples.

B) LES REACTIONS GANGLIONNAIRES ET PERITONEALES

I. — Les ganglions.

La constance de la tuberculisation des ganglions pyloro-gastriques est telle que certains auteurs n'ont pas hésité à en faire une caractéristique de l'ulcère tuberculeux gastro-duodénal. Tripier note même parfois la tuberculisation des ganglions du hile hépatique.

En règle ce sont essentiellement les ganglions de la grande ou de la petite courbure et surtout le ganglion pylorique qui apparaissent hypertrophiés.

Sur la coupe, ces ganglions présentent les modifications habituelles de la tuberculose.

II. — Le péritoine.

Le péritoine est le siège de phénomènes de périviscérite. Celle-ci peut-être, suivant Ricard et Chevrier, soit banale, soit tuberculeuse.

a) **Périviscérite simple.**

En plaque. — Elle réalise un épaississement séreux en regard de l'ulcère; ce processus, lorsqu'il est localisé peut simuler un tubercule séreux.

La réaction en plaque du péritoine constitue au niveau de l'ulcère une véritable plaque de blindage.

Adhésive. — Les adhérences peuvent être très importantes, fusionnant la région pyloro-gastrique avec les organes voisins, permettant ainsi parfois

au processus destructeur de les attaquer à leur tour. Une perforation gastro-duodénale peut se produire dans un tel réseau d'adhérence et passer inaperçue. Une observation de Richard et Chevrier en est un bel exemple (Obs. VI).

b) **Périviscérite tuberculeuse.**

Elle est beaucoup moins fréquente que la précédente Pour l'affirmer, il faut trouver dans le péritoine des tubercules ou des masses caséeuses.

Forme en nappe : Elle crée au niveau de la région pyloro-duodénale un gâteau de péritonite tuberculeuse qui donne cliniquement la sensation d'un plastron profond.

Forme en bride : Des brides nombreuses relient la petite courbure de l'estomac et la région duodéno-pylorique à la face profonde de la paroi abdominale et à la face inférieure du foie.

Notons que pour Guy Albot, ces lésions péritonéales sont non pas la conséquence de l'ulcus tuberculeux, mais un phénomène parallèle à celui-ci (Obs. XXI).

CHAPITRE III

Pathogénie

La pathogénie de l'ulcus tuberculeux est évidemment celle de la tuberculose gastrique en général.

Trois hypothèses ont été envisagées par les auteurs pour expliquer l'infection de la muqueuse gastro-duodénale par le bacille de Koch.

1. Infection directe par déglutition de bacilles.
2. Infection par voie lymphatique.
3. Infection par voie sanguine.

Nous allons les envisager successivement.

I. — INFECTION DIRECTE

Cette hypothèse ne saurait expliquer que les ulcérations banales latentes chez les tuberculeux avancés dont la muqueuse gastrique ne sécrète plus d'acide chlorhydrique.

Elle ne saurait expliquer l'ulcus tuberculeux survenant chez des sujets vigoureux souvent indemnes de tuberculose apparente dont l'estomac se défend bien.

Il est à noter cependant que si nous connaissons la sensibilité du bacille de Koch à l'action du suc gastrique, nous ne connaissons rien de la sensibilité des formes filtrables du même bacille.

II. — INFECTION PAR VOIE LYMPHATIQUE

Elle ne peut être invoquée que dans les cas où la tuberculose gastrique fait suite à une tuberculose péritonéale ou ganglionnaire de voisinage.

III. — INFECTION PAR VOIE SANGUINE

Cette théorie explique :

a) **Le siège des lésions tuberculeuses au niveau de la sous-muqueuse.**

C'est en effet au niveau de cette tunique que les bacilles sont apportés par la circulation.

b) **L'existence de formes où l'on ne trouve pas de foyer primitif.**

En effet, on peut supposer dans ce cas l'existence d'un petit foyer ganglionnaire inapparent constituant le chancre d'inoculation primaire et dont le réveil dû à une cause inconnue va infecter la sous-muqueuse par bacillémie. Ce chancre d'inoculation passe inaperçu cliniquement, souvent même anatomiquement et la tuberculose gastrique peut alors sembler réellement primitive, alors qu'il ne s'agit que d'une apparence.

c) **Cette théorie possède l'appui expérimental.**

Arloing pratiquant des injections intra-vascu-

laires de bacilles de Koch à un veau, deux chiens et un lapin, obtient :

Chez le veau. — Deux ulcérations de la caillette, une tumeur tuberculeuse du pylore.

Chez le premier chien. — Un gros ulcère du duodénum, un petit ulcère du duodénum; l'examen microscopique décèle la présence de tubercules dans la musculeuse au niveau de ces lésions.

Chez le deuxième chien. — Un nodule sous-muqueux de la grande courbure. Des ulcérations multiples prépyloriques. La nature tuberculeuse de ces lésions n'est pas nettement démontrée par le microscope.

Chez le lapin. — Une dizaine d'ulcérations de la région pylorique. Une ulcération du grand cul de sac. Les lésions microscopiques sont tuberculeuses.

Ainsi la théorie de l'infection par voie sanguine paraît être la seule qui puisse expliquer tous les cas.

IV. — ESSAI D'EXPLICATION DE L'ALLURE ANATOMO-CLINIQUE DE L'ULCUS TUBERCULEUX

Nous rapportons ici le résultat d'une étude de Félix Ramon. Cet auteur ayant eu la curiosité d'examiner à la salle d'autopsie de l'hôpital Saint-Antoine une centaine d'estomacs pris au hasard, en dehors de toute gastropathie avérée, après fixation post-mortem de la muqueuse par la solution de formol à 5 %, constata que dans ces

conditions, la muqueuse examinée à la loupe et même à l'œil nu, présentait de petites ulcérations réparties sans ordre, dans le tiers des cas.

Donc, conclut Félix Ramon, l'ulcération aiguë ou subaiguë est un fait banal ayant tendance à guérir spontanément pourvu qu'elle soit en dehors du siège d'élection de l'ulcère rond. Si nous admettons cette théorie, nous pouvons donc conclure que l'allure anatomo-clinique d'un ulcère lui est conférée par son siège dans la région antro-pyloro-duodénale. En d'autres termes, un ulcère prend l'allure chronique et donne le syndrôme de Cruveilhier parce qu'il siège dans cette région.

Les ulcères tuberculeux prennent eux-mêmes cette allure parce qu'ils se trouvent dans cette zone d'élection. Situés autre part dans l'estomac, ils ne seraient que de vulgaires ulcérations tuberculeuses.

Ceci n'est évidemment qu'une hypothèse.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION INEDITE
Prof. P. FABRE.

M. C., 35 ans, cultivateur.

A. — Antécédents.

Ant. coll : une sœur décédée tuberculeuse.
Ant. pers : pleurésie ancienne.

B. — Histoire de la maladie.

Le sujet est atteint d'une dyspepsie de longue durée qui traine depuis plusieurs années. Cette dyspepsie a une allure cyclique rappelant l'ulcus de Cruveilhier. Elle n'a jamais pu être améliorée par les différents traitements proposés.

C. — Etat actuel.

Le syndrome douloureux continue d'évoluer. Le malade se trouve dans un état d'amaigrissement extrême.

Tension artérielle : 11/7
Globules sanguins : globules rouges : 4.000.000
: globules blancs : 20.000

D. — Examen radiographique.

La radio montre une plage pré-pylorique mal imprégnée qui fait penser à la posibilité d'un néoplasme.

E. — Intervention chirurgicale.

— Rachi-anesthésie à la percaïne.
— On note l'existence d'une grosse masse pylorique

avec de nombreux ganglions sous-pyloriques. Ces ganglions sont durs et entourés de péri-adénite.

— Des adhérences très serrées provoquent de grosses difficultés pour l'ablation en bloc de toute la zone avec ses ganglions.

— Gastrectomie large — type Polya — durée : 1 h.

F. — Examen macroscopique de la pièce opératoire.

On trouve un gros ulcus pré-pylorique à bords décollés et irréguliers. Il existe de nombreux ganglions caséeux.

G. — Examen microscopique.

Il révèle essentiellement la présence de cellules géantes et de bacilles de Koch.

H. — Suites opératoires. - Evolution.

Aussitôt après l'intervention, le malade fait de l'agitation, il est pris de vomissements en même temps que se déclare une poussée thermique. Cependant tout rentre dans l'ordre vers le quatorzième jour. Le malade quitte la clinique au quinzième jour, guéri en apparence.

Un mois plus tard, le sujet meurt de granulie.

Nous rapportons ici les observations d'ulcus tuberculeux qui nous ont parues des plus authentiques et des plus démonstratives parmi plus de 200 observations de tuberculose gastrique parues dans la littérature.

OBSERVATION I

Hattute - 1874.

Homme de 47 ans.

A. — Histoire de la maladie.

Le sujet se plaint de vomissements alimentaires se produisant depuis 8 ans.

Après chaque repas douleurs vives et lancinantes au creux épigastrique. Balonnement gastrique et au bout de vingt minutes en moyenne expulsion brusque des aliments qui laissent dans la bouche un goût acide.

L'intolérance est la même à l'égard de tous les aliments.

B. — Examen du malade.

Vive douleur à la palpation de l'épigastre.

Tympanisme.

C. — Evolution.

Aggravation de l'état général. Mort trois semaines après entrée à l'hôpital.

D. — Autopsie.

PERITOINE. — Farci de granulations miliaires et de masses tuberculeuses.

ESTOMAC. — Très dilaté contenant du liquide de stase. Pylore complètement obstrué par un anneau dur et cartilagineux. Cet anneau sur lequel la muqueuse est relevée et détruite par places est constitué par un amas de granulations ou de masses identiques à celles trouvées dans la cavité péritonéale.

INTESTIN. — Non ulcéré.

E. — Examen histologique.

Au niveau de la tumeur pylorique ulcérée on trouve les signes du ramolissement tuberculeux.

OBSERVATION II

Mathieu et Rémond (1890)

Homme de 24 ans.

A. — Histoire de la maladie.

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires.

Depuis trois mois cet homme ressent de vives souffrances au niveau de l'estomac et vomit tout ce qu'il mange. Ces phénomènes surviennent deux heures après les repas. Parfois vomissements le matin à jeûn.

Aspect des vomissements. — Ils se composent de matières noires couleur de suie mélangées tantôt aux aliments récemment ingérés, tantôt à des fragments qui ont séjourné plusieurs jours dans l'estomac.

B. — Examen du malade .

Clapotage manifesté sans qu'on trouve de tumeur ap-

préciable. Limite inférieure de l'estomac à quatre travers de doigts au dessous de l'ombilic.

Lavage d'estomac. — Retire 2 l. et demi d'un liquide noirâtre d'odeur infecte, mélangé de sang, de mucus et de débris alimentaires putréfiés.

Poumons. — Sommet gauche; en avant inspiration rude et saccadée.

Sommet droit; quelques craquements dans la fosse sus-épineuse.

C. — Diagnostic.

Rétrécissement néoplasique du pylore.

D. — Evolution.

Sédation des phénomènes gastriques. Amélioration très nette de l'état général. Mais au bout de deux mois le malade entre à nouveau à l'hôpital. Il n'a plus de gastralgies, ni de vomissements, mais il tousse, il crache, sa température est à 38-39, il maigrit considérablement et trois mois après son entrée succombe aux progrès rapides de sa tuberculose pulmonaire.

E. — Autopsie.

a) POUMONS. — Tuberculose pulmonaire banale.

b) ESTOMAC. — Très dilaté.

Au niveau du pylore, la muqueuse se soulève de façon à former deux brides de 1 cm. de largeur, au-dessous desquelles deux fistules permettent d'arriver dans le duodénum. Ces fistules ont le diamètre d'une allumette. La paroi du pylore est épaissie en totalité.

c) GLANGLIONS PREPYLORIQUES. — Indurés. Volume d'une noisette. A l'examen histologique on y trouve deux bacilles de Koch.

F. — Examen microscopique.

On trouve dans la profondeur de la muqueuse des foyers limités à leur périphérie par des cellules rondes et présentant à leur centre la dégénérescence caséeuse. Présence de 3 ou 4 bacilles de Koch.

OBSERVATION III

Lava (1893)

Homme de vingt six ans, sans antécédent important, sauf des symptômes digestifs apparus trois ans auparavant (catarrhe gastrique).

A. — Histoire de la maladie.

La maladie a débuté par de l'affaiblissement, des douleurs abdominales, et de la diarrhée, des pesanteurs stomacales, des douleurs épigastriques, des vertiges, des nausées et des vomissements.

Peu, à peu ces vomissements se produisent tous les deux jours alimentaires, filants et visqueux, de saveur acide.

Anorexie complète. Amaigrissement accusé.

B. — Examen du malade.

Ventre volumineux, tendu, douloureux à la palpation. Dilatation de l'estomac. Pas de sensation de tumeur.

C. — Diagnostic.

Sténose du pylore par ulcère peptique.

D. — Evolution.

Aggravation progressive de l'état local et général. Augmentation de la dilatation gastrique. Sensation d'une masse dure, rénitente, douloureuse à la palpation. Mort brutale en ving quatre heures dans des symptômes de péritonite aiguë par perforation d'ulcère.

E. — Autopsie.

a) Ulcère rond de la région pylorique, à bords épaissis, découpés, irréguliers, surélevés. Perforation du fond de l'ulcère.

b) **Péritonite aiguë, diffuse sérofibrineuse.** Adhérences anciennes gastro-intestinales.

c) **Glanglions pyloriques** très volumineux et caséeux.

F. — Examen microscopique.

On constate au niveau de l'ulcère la présence de lésions caséeuses et des cellules géantes.

Aucune trace de tuberculose dans l'appareil respiratoire et dans les autres organes.

OBSERVATION IV

Haberson (1894)

Homme de 35 ans

A. — Histoire de la maladie.

Le sujet se plaint de douleurs capricieuses et fugaces survenues après les repas. Parfois douleurs gastriques à jeûn.

B. — Examen du malade.

Symptômes de pleurésie droite et d'infiltration tuberculeuse du poumon gauche. Abdomen volumineux. Ascite marquée. Albuminurie. Température élevée. Pas de diarrhée.

C. — Diagnostic.

Pas de diagnostic au sujet des troubles gastriques.

D. — Evolution.

Mort dans le semi-coma.

E. — Autopsie.

a) Tuberculose viscérale généralisée.
b) ESTOMAC. — Ulcère rond de la petite courbure.
c) INTESTIN. — Deux ulcérations iléales.

F. — Examen microscopique.

Présence de bacilles de Koch au niveau de l'ulcère gastrique.

OBSERVATION V

Tripier (1902)

Homme de 36 ans, antécédents particuliers.

A. — Histoire de la maladie.

Le malade a présenté il y a deux ans des hémoptysies abondantes. Depuis cette époque une toux opiniâtre s'est installée progressivement.

Depuis trois mois : Vomissements journaliers survenant 2 à 6 heures après les repas. Anorexie. Amaigrissement de 12 kgs.

B. — Examen du malade.

a) **Mauvais état général.** Toux fréquente. Expectoration mucopurulente.

b) **Poumons.** Craquements très abondants dans les régions sus et sous-claviculaires des deux côtés.

Râles muqueux dans le reste des champs pulmonaires.

c) **Estomac.** Enorme augmentation de sonorité qui descend au dessous de l'ombilic. Clapotage marqué. Vomissements contenant des aliments de la veille. Douleurs au moment des vomissements.

C. — Evolution.

Des hémoptysies commencent à apparaitre un mois après l'entrée à l'hôpital et se renouvellent quotidiennement jusqu'à la mort qui survient au bout de trois mois.

D. — Autopsie.

a) **Poumons** — Tuberculose excavée.

b) **Estomac.** — Ulcération de la région pylorique (non décrite).

c) **Ganglions** durs et caséeux tout le long des deux courbures.

E. — Examen microscopique.

Ulcération de la couche glandulaire qui est brusquement abrasée en talus jusqu'à la sous-muqueuse.

BORDS. — Un bord de l'ulcération présente un gros amas embryonnaire qui fait saillie en bourgeon.

FOND. — Constitué par la sous-muqueuse qui est parsemée de cellules fusiformes.

TISSUS CASEEUX. — Sous formé de deux nappes oblongues en pleine musculeuse.

OBSERVATION VI

Ricard et Chevrier (1905)

A. — Histoire de la maladie.

Le Dr. X... souffre de l'estomac depuis deux ans environ et présente un jour une **douleur violente en coup de poignard.** Pendant quelques jours douleurs terribles avec hématèses, signes de péritonite de la région épigastrique.

Puis les signes de péritonite disparaissent et il ne reste qu'une dyspepsie chronique avec douleurs vagues surtout après le repas.

Au bout d'un an accentuation des douleurs qui se compliquent de vomissements très fréquents survenant plusieur fois par jour avec amaigrissement rapide.

B. — Examen du malade.

Tuméfaction fixe et douloureuse de la région épigastrique. Estomac dilaté.

C. — Diagnostic.

Ulcère en voie de cancérisation.

D. — Intervention chirurgicale.

a) Laparatomie : montre la région pylorique encombrée de brides multiples la reliant à la face inférieure du foie.

b) Libération et section des adhérences : Une bride est creuse en forme de sablier, pleine de débris pultacés, formant deux clapier (l'un au niveau de la région pylorique, l'autre au niveau de la face inférieure du foie) pleins de **tubercules caséifiés et ramollis.**

Le nettoyage du clapier pylorique montre **une perforation ancienne de l'estomac.**

c) Avivement des bords de la perforation et suture suivie de recouvrement par des débris péritonéaux.

E. — Suites opératoires et évolution.

Après une amélioration passagère le malade retombe dans l'état antérieur et finit par succomber subitement à une nouvelle perforation avec hemoragie interne.

Pas d'examen microscopique. Il n'est pas prouvé que la perforation se soit faite de dehors en dedans par propagation d'un processus de caséification ganglionnaire plutôt que de dedans en dehors pas ulcère tuberculeux. Cependant la présence de tubercules caséifiés dans le clapier pylorique au niveau de la perforation est en faveur d'un ulcère tuberculeux.

OBSERVATION VII

Curshmann (1907)

Homme de 40 ans. Malade depuis deux ou trois ans.

A. — Histoire de la maladie.

Pas d'antécédents tuberculeux. Depuis deux ou trois ans sont apparues de la toux, de l'expectoration et des sueurs nocturnes. Puis des douleurs gastriques survenant après les repas avec vomissements, amaigrissement rapide, et constipation. Jamais d'hématémèse.

B. — Examen du malade.

Sujet très amaigri et asthénique, présentant de la fièvre, des signes de tuberculose des sommets et des bacilles de Koch dans l'expectoration.

C. — Intervention chirurgicale.

a) Sur le péritoine. Présence de petits noyaux disséminés, gros comme des têtes d'épingles ou comme des lentilles de couleur gris jaunâtre.

b) Niveau de l'estomac, épaississement circulaire du pylore bouchant la lumière.

Gastro-entérostomie rétro-côlique au bouton.

D. — Suites opératoires et évolution.

Guérison opératoire. Mort ultérieure par fonte pulmonaire.

E. — Autopsie.

a) POUMONS. — Tuberculose bilatérale.

b) ESTOMAC. — Le pylore est obstrué par une cicatrice circulaire d'ulcère avec infiltration et adhérence au pancréas. Il n'est perméable qu'à une bougie de moyen calibre.

c) **Adénopathies de voisinage.** — Glanglions mésentériques augmentés de volume.

F. — Examen microscopique.

Au niveau de la cicatrice d'ulcère pylorique présence de follicules tuberculeux typiques.

OBSERVATION VIII

Béreznegowsky (1908)

Femme de 36 ans.

A. — Histoire de la maladie.

La malade souffre depuis 8 mois de pesanteurs au creux épigastrique, avec nausées et vomissements alimentaires. Il y a deux mois elle a présenté deux vomissements contenant des caillots sanguins.

B. — Examen de la malade.

Estomac très abaissé et très dilaté. Son bord inférieur atteint le pubis. Péristaltisme très marqué.

Lavage d'estomac : ramène des aliments décomposés.

Tumeur de la région pylorique grosse comme un œuf de poule, très mobile, peu douloureuse.

Amaigrissement marqué .

C. — Diagnostic.

Rétrécissement cicatriciel du pylore par ulcère rond.

D. — Intervention chirurgicale.

On trouve sur la séreuse pylorique des granulations qui font porter le diagnostic de tuberculeuse.

— Pylorectomie.

— Anastomose à la Billroth I.

E. — Suites opératoires. Evolution.

Guérison parfaite.

F. — Examen microscopique de la pièce.

Pylore épaissi, fibreux infiltré de quelques petits noyaux grisâtres.

Présence de trois petits ulcères de 2 mm. de diamètre.

G. — Examen microscopique.

Très forte infiltration de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Nodules tuberculeux typiques disséminés dans la sous-muqueuse et la musculeuse.

Pas de bacilles de Koch.

OBSERVATION IX

Broders (1917)

Homme de 42 ans.

A. — Histoire de la maladie.

Ce malade avait subi avant d'être vu par l'auteur de l'observation une laparatomie qui avait eu lieu six mois auparavant. L'intervention avait fait porter le **diagnostic de cancer inopérable de l'estomac.**

B. — Examen du malade.

Amaigrissement.

Signes de rétention gastrique avec vomissements.

C. — Examen radiographique.

Fait porter le diagnostic de **cancer de l'estomac mobile et opérable.**

D. — Intervention chirurgicale.

Résection d'un tiers de l'estomac.

E. — Suites opératoires. Evolutions.

Mort de pneumonie onze jours après l'opération.

F. — Autopsie.

Tuberculose pulmonaire gauche.

Ulcères tuberculeux multiples de l'antre pylorique.

G. — Examen microscopique.

Présence de bacilles de Koch dans les ulcères.

OBSERVATION X

Lecène (1924)

Homme de 36 ans.

A. — Histoire de la maladie.

Le sujet souffre de troubles digestifs depuis l'âge de 24 ans.

Douleurs : siègeant au creux épigastrique. Ce sont des douleurs à type de brûlures. Elles sont calmées par l'ingestion d'aliments.

— Survenant 3 heures après les repas.

— Elles se produisent par crises durant chacune un mois et séparées par des périodes de rémission de deux à trois mois.

— Pendant les périodes de rémission, le sujet est en parfaite santé et peut manger n'importe quoi.

Pas de vomissement.

Depuis trois ans : accentuation des troubles, avec apparition de vomissements après les repas et balonnements.

Les douleurs gardent leur caractère et leur rythme.

Le malade a maigri de 13 kilogs.

B. — Examen du malade.

Bon état général.

Signe de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

Le lavage d'estomac retire des aliments de la veille.

C. — Examen radiographique.

Estomac allongé jusqu'à l'hypogastre.

D. — Diagnostic.

Sténose pylorique ou duodénale.

E. — Intervention chirurgicale

Montre une sténose du pylore avec plusieurs ganglions et adhérences postérieures.

Gastropylorectomie. Billroth I.

F. — Suites opératoires et évolution.

Le malade se rétablit rapidement. Le bon fonctionnement gastrique est vérifié par radio

On constate en même temps un voile des deux sommets pulmonaires.

Au bout d'un an la guérison se maintient. L'estomac vu à la radioscopie a repris sa tonicité.

G. — Examen macroscopique de la pièce opératoire.

Ulcération profonde et fissuraire du pylore qui est très épaissi.

Sclérose sous-péritonéale.

Ganglions augmentés de volume dont un comme un haricot.

H. — Examen microscopique.

L'ulcération découpe profondément la paroi.

Le fond est constitué par la musculeuse et le péritoine infiltré.

Sur le versant doudénal de l'ulcération on note la présence de nodules formés par une infiltration périvasculaire avec cellules épithéliales et cellules géantes.

Dans le ganglion juxta-pylorique : cellules géantes et bacilles de Koch.

OBSERVATIONS XI et XII
Hartmann et Renaud (1926)

Nous ne rapporterons pas en détail ces deux observations parues dans « chirurgie de l'estomac et du duodénum » car elles reproduisent le tableau clinique de l'observation précédente que est celui de l'ulcère de Gruveilhier.

Ce qui rend ces deux observations extrêment particulières c'est qu'au point de vue macroscopique l'**ulcère se présente exactement sous l'aspect de l'ulcère rond.** Ce n'est que l'examen histologique qui révele l'inflammation nodulaire avec follicules et cellules géantes.

OBSERVATIONS XIII, XIV et XV
Ravaul et Creyssel (1926)

Dans un article intitulé « les lésions folliculaires spécifiques dans l'ulcère gastrique vrai » paru dans les « Archives des maladies de l'appareil digestif » ces deux auteurs rapportent trois cas idéntiques à ceux donnés par Hartmann et Renaud.

Il est noté que les lésions folliculaires existent non seulement dans l'ulcère mais dans les ganglions tributaires et sans que ceux-ci soient hypertrophiés.

OBSSERVATION XVI
Good (1927)

Homme de 40 ans.

A. — Histoire de la maladie.

Le malade présente depuis cinq ans une douleur épigastrique continue.

Le sujet ne vient consulter qu'à la troisième année.

B. — Examen du malade.

Douleurs gastriques et distension abdominale.

A la palpation sensation de masse pylorique.

C. — Examen radiographique.

Poumons sains.

Estomac : image d'ulcère de la petite courbure.

D. — Diagnostic.
Ulcère rond banal.

E. — Intervention chirurgicale.
Gastrectomie partielle. Billroth II.

F. — Suites opératoires. Evolution.
Guérison.
Le malade est dans un état parfait deux ans après.

G. — Examen macroscopique de la pièce opératoire.
Ulcère superficiel de la petite courbure.
Etat inflammatoire de la région.
Nodules lymphatiques d'allure inflammatoire.

H. — Examen microscopique.
Aspect tuberculeux de l'ulcère et des ganglions.
Cellules géantes et réaction du tissu lymphatique.

OBSERVATION XVII

Good (1928)

Homme de 56 ans.

Antécédents collatéraux : sœur morte tuberculeuse à 40 ans.

Antécédents personnels : A présenté des manifestations tuberculeuses au niveau de la colonne vertébrale à l'âge de 9 ans; à 27 et 42, fièvre typhoïde.

A. — Histoire de la maladie.

Entre 40 et 46 ans sont apparues des douleurs périodiques épigastriques survenant après les repas.

A 44 ans, ulcère perforé opéré.

A 49 ans, important amaigrissement. Hématémèse estimée à un litre environ et qui se renouvelle.

B. — Examen du malade.

Scoliose. Cicatrices d'ulcères dans le dos le long de la colonne vertébrale.

Les organes abdominaux paraissent normaux.

C. — Examen du malade .

— Adhérences anciennes pleuro-diaphragmatiques.

— Destruction des 10e et 11e vertèbres dorsales avec angulation marquée de la colonne vertébrale.

— Image d'ulcère gastrique.

D. — Diagnostic.

Ulcère rond banal.

E. — Intervention chirurgicale.

Ulcère siègeant le long de la cicatrice de l'ancienne perforation.

Gastrectomie. Anastomose de Polya.

F. — Suites opératoires.

Le malade meurt le 7e jour après l'intervention de phénomènes pulmonaires.

G. — Examen microscopique de la pièce.

Nodules lymphatiques. Muqueuse infiltrée de lymphocytes.

Prés de le muscularis mucosae : tubercules avec ou sans cellules géantes.

Thromboses vasculaires.

Sur les bords de l'ulcère : tubercules typiques avec nécrose.

OBSERVATION XVIII

Mauboussin (1933)

Homme de 32 ans.

A. — Histoire de la maladie.

Depuis 1930 le malade présente des troubles dyspeptiques à type de douleurs précoces.

Brûlures, douleurs à type de torsion survenant une heure après les repas.

Vomissements soulageant la douleur.

Conservation de l'appétit.

B. — Examen du malade.

Ventre plat.

La palpation montre l'existence d'une zone douloureuse dans la région épigastrique à deux travers de doigts à droite de la ligne médiane.

Clapotage.

Sonorité presque tympanique.

Pas de masse perceptible.

C. — Examens radiographiques.

— 29 juin 1931 :

Grande poche à air. Introduction normale. Forme en

J très allongé. Bas-fond à 6 cm. sous les crêtes.

Peu de liquide résiduel. Contours nets.

Bonne mobilité : le fond remonte à la crête.

Contractions presque nulles : elles ne sont visibles que sur la petite courbure.

— 4 juillet 1931 :

Sept heures après l'introduction la bouillie est encore dans l'estomac. Elle est surmontée d'une couche de liquide gastrique.

Mobilité de 6 travers de doigts.

Douleur sur la région pyloro-duodénale.

D. — Diagnostic.

Ulcère juxta-pylorique sténosant de la petite courbure.

E. — Première intervention chirurgicale.

Gastro-entérostomie.

Estomac énorme. Tumeur pylorique inflammatoire obstruant complètement l'orifice. Adhérences inflammatoires.

Petit épiploon : grosse masse ganglionnaire inflammatoire.

Diagnostic opératoire : masse cancéro-inflammatoire.

F. — Suites opératoires.

Bonnes suites. Disparition des douleurs. Reprise de poids. Vu l'amélioration qu'il ressent le malade n'accepte pas l'intervention radicale, mais les accidents réapparaissent au bout de deux mois.

Radiographie : la bouche de gastro-entérostomie semble fonctionner normalement.

G. — Deuxième intervention chirurgicale.

La masse interprétée comme cancéro-inflammatoire à disparu. A sa place existe une cicatrice déprimée de la région pylorique.

Brides de péritonite adhésive.

Pylorectomie : on est obligé de tailler dans le pancréas auquel adhère la région pyloro-duodénale.

H. — Suites opératoires.

Mort dans les 48 heures.

Le malade ne s'est pas relevé du choc opératoire.

I. — Examen microscopique de la pièce.

L'ULCERE. — Limité par un bourrelet qui fait saillie au dessus du fond.

LA MUQUEUSE. — Normale jusqu'au bord de l'ulcère.

LE FOND. — Est recouvert de strates de fibrine englobant des leucocytes.

AU DESSOUS. — Plasmocytes, hématies, lymphocytes, **cellules géantes** entourées de cellules éphithéliales.

LA SOUS-MUQUEUSE. — Epaissie en regard du bourrelet. Elle est fibreuse, parcourue de nombreux vaisseaux fragiles souvent rompus.

LE MUSCLE. — Est dissocié par des faisceaux de fibres conjonctives et des traînées de cellules rondes. Atrophié, il disparait sous l'épaississement de la sous-muqueuse.

Dans la couche musculaire interne on note la présence d'un tubercule de 4 ou 5 mm. de diamètre.

Le centre est ocupé par des débris cytoplasmiques et nucléaires.

A la périphérie on remarque une couronne de tubercules typiques entourée par une couche de lymphocytes.

OBSERVATION XIX

Lapeyre (1933)

Homme de 39 ans, entrant à l'hôpital pour hématemèse et meloena très graves.

A. — Histoire de la maladie.

Depuis 8 ou 10 mois douleurs après les repas.

Depuis 4 mois douleurs constantes.

Pas de vomissements.

Melœna à plusieurs reprises.

B. — Examen du malade.

Creux épigastrique très douloureux.

La palpation, difficile, révèle une masse dans la région pylorique.

C. — Evolution.

L'état du malade s'améliore lorsque brusquement au 10° jour il accuse une douleur en coup de poignard au creux de l'estomac.

Nouvelle hématémèse très abondante.

D. — Intervention chirurgicale.

On la pratique le lendemain.

Estomac : de volume normal. Tumeur volumineuse au niveau du pylore.

Ganglions mésentériques : nombreux et caséeux.

Vu l'extension des lésions on referme.

E. — Suites opératoires.

Mort dans les 24 heures.

F. — Autopsie.

La tumeur est en réalité ganglionnaire, extra-gastrique adhérente au pylore.

Pas de trace de péritonite.

Inflammation de la muqueuse pré-pylorique.

Ulcère circulaire pré-pylorique du diamètre d'une pièce de 50 cms. à bords fongueux et friables. Il s'enfonce dans la paroi du pylore jusqu'à la séreuse qui a résisté.

Tout autour de l'ulcère il y a des granulations de la grosseur d'un grain de millet.

G. — Examen microscopique.

Il montre des îlots cellulaires à topographie périvasculaire : ces îlots contiennent des cellules éphithéliales et des **cellules géantes.**

Quelques foyers de nécrose caséeuse.

OBSERVATION XX

Badinier (1936)

Homme de 29 ans, admis d'urgence à l'hôpital pour hématémèse.

A. — Histoire de la maladie.

La maladie a débuté il y a trois ans par des douleurs épigastriques survenant à toute heure du jour ou de la nuit mais prédominant l'après-midi. Ces douleurs sont calmées par l'ingestion d'aliments.

Pas de vomissements.

Selles noires.

Tous ces phénomènes se sont produits quotidiennement pendant un an et demi. Ils ont repris quinze jours avant l'hématémèse qui a motivé l'admission à l'hôpital.

B. — Examen du malade.

Malade très anémié.

Aucun autre symptôme objectif.

C. — Evolution.

Nouvelle hématémèse très abondante le 10e jour après l'entrée à l'hôpital.

D. — Intervention chirurgicale.

Elle se fait 4 jours après la dernière hématémèse. On trouve une adhérence du foie à la paroi abdominale et une adhérence de l'estomac. De nombreux ganglions sont hypertrophiés au niveau des chaînes coronaires et épiploïque.

Au niveau du pylore il existe une masse dure du volume d'un œuf l'englobant complètement.

Granulations sur le grêle et le mésentère.

On pratique la résection de l'adhérence gastro-pariétale et la suture de l'estomac.

E. — Evolution post-opératoire.

Amélioration très nette.

Mais il survient une tuberculose pulmonaire évolutive qui provoque la mort 6 mois après l'intervention.

F. — Examen histologique de la pièce opératoire.

Fragment d'estomac : Il se compose d'un tissu de granulations tuberculeuses.

Ganglions : Inflammation chronique. Cellules géantes.

Frottis des fragments : On y trouve des bacilles de Koch.

Inoculation au cobaye : Le cobaye meurt de tuberculose en un mois.

C. — Diagnostic.

Ulcère tuberculeux évoluant depuis trois ans.

OBSERVATION XXI

Guy Albot (1941)

Homme de 48 ans.

A. — Histoire de la maladie.

La maladie a évolué en 3 phases.

a) **Episode abdominal.** — Bien portant jusqu'en février 1939, le malade présente à cette date un épisode

douloureux du type appendiculaire, qui se renouvelle deux semaines après, avec accompagnement de météorisme abdominal et constipation opiniâtre.

b) **Episode pulmonaire.** — Grosse altération de l'état général. Amaigrissement rapide et considérable. Température élevée. Expectoration bacillifère. Lésions pulmonaires bilatérales. Entré à Brévennes le 31 mars 1939.

Jusqu'à décembre 1940 l'état du malade s'améliore. Tous les symptômes rentrent dans l'ordre sauf l'expectoration qui contient toujours du bacille de Koch.

c) **Episode gastro-duodénal** — A partir de décembre 1940 on voit survenir des douleurs épigastriques à type de crampes ou de torsions évoquant par leur intensité la crise cœliaque. Ces douleurs, presque continuelles, coupées seulement par quelques moments d'accalmie, s'exacerbant 3 à 4 heures après les repas. Il y a donc trois grandes crises par jour, à 10 heures, 16 heures et 23 heures.

Au début ces douleurs sont calmées par l'ingestion d'aliments, mais bientôt elles nécessitent des applications laudanisées, et enfin, il faut en venir à la morphine.

B. — Examen du malade.

a) **Etat général.** — Sujet très amaigri.

Etat général médiocre surtout dû à l'intoxication morphinique et à une intoxication éthylique, chronique et ancienne. Agitation, anxiété, déséquilibre vagosympathique.

b) **Examen local.** — Hyperesthésie de la région épigastrique s'étendant à la fosse iliaque droite.

Point vésiculaire net.

Foie légèrement débordant.

c) **Examen pulmonaire.** — Lésions pulmonaires stabilisées.

A la radio on trouve une infiltration péri-hilaire bilatérale avec nodules sous-claviculaires gauches.

Expectoration bacillifère.

C. — Radiographie.

Des examens en série de l'estomac et du duodénum montrent :

a) **Au niveau du bulbe duodénal** une niche de face permanente, apparente en demi vacuité, de la taille d'un grain de mil avec ébauche de plis radiés.

b) **Le reste du bulbe** prend une forme irrégulière dûe à l'existence d'une image lacunaire polycyclique de la petite courbure du bulbe hérissée de spicules et évoquant l'idée d'une déformation pariétale d'origine extrinsèque.

c) Au niveau de la troisième portion, petite gêne du transit.

Cholécystographie : la vésicule ne s'impreigne pas.

D. — Gastroscopie.

Gastrite mamelonée dans les parties hautes de l'estomac.

E. — Diagnostic.

a) Laparatomie.

On découvre les lésions suivantes :

— Péritonite fibro-adhésive avec quelques graves granulations tuberculeuses.

— Adhérences étendues du grand épiploon à la paroi.

— Agglutination des anses intestinales entre elles.

— Adhérences du foie et de la vésicule.

b) Décollement des adhérences.

c) Décollement colo-épiploïque de gauche à droite.

Permet d'explorer :

— La face postérieure de l'estomac et de la petite courbure : intégrité de ces régions.

— La région pylorique : grosse induration sur le versant duodénal du sphincter s'étendant à la face postérieure de la première portion. Cette région est entourée de petits ganglions durs, à l'état de crudité, non caséifés, non adhérents au duodénum.

d) Gastrectomie de gauche à droite.

e) Suture partielle de la tranche gastrique et anastomose gastro-jéjunale à la Finsterer.

f) Mise en place d'un drainage à la Mickulicz par suite d'un suintement sanguin important au niveau des décollements d'adhérence.

g) Fermeture partielle de la paroi.

C. — Suites opératoires. Evolution.

Suites opératoires normales jusqu'au 5ème jour.

Le 5ème jour, ablation du Mickulicz.

Le 7ème jour, par le large orifice de drainage se pro-

duit une abondante évacuation de liquide biliaire : 2 litres environ.

On met en place un drain de Carrel et en pratique un lavage quotidien à l'eau oxygénée.

Guérison totale de la fistule en 10 jours.

A partir de ce moment là tout rentre dans l'ordre au point de vue gastrique.

Au point de vue pulmonaire, dix jours après l'intervention il se produit une évolution pulmonaire sans gravité que l'on stoppe par un pneumothorax artificiel gauche.

Plus de bacilles de Koch dans l'expectoration même après homogénéïsation.

Le malade engraisse de 14 kg. en 5 mois.

H. — Examen histologique de la pièce opératoire.

a) **Estomac :** signes de gastrite mamelonnée.

b) **Canal pylorique :** il est recouvert d'une muqueuse atrophique.

On y trouve des îlots lymphoïdes abondants.

Le stroma est infiltré de plasmocytes et de quelques polynucléaires.

Le muscle est dissocié par une sclérose diffuse, riche en hystiocytes.

Les vaisseaux et les nerfs sont engainés de sclérose.

La séreuse est fibreuse et épaissie.

c) Duodénum :

Muqueuse. — Les glandes de Brunner sont bien conservées.

Sa région superficielle est atrophique et ex-ulcérée.

On voit un **ulcère peptique punctiforme** atteignant la partie moyenne de la couche des glandes de Brunner.

Bord de l'ulcère. — On voit l'amincissement progressif de la muqueuse : le processus ulcéreux mord de plus en plus sur les glandes de Brunner et aboutit finalement dans un tissu inflammatoire de nécrose caséeuse qui se continue avec un volumineux ulcère sous-muqueux.

Sous-muqueuse. — Cette tunique est scléreuse, infiltrée de mono-nucléaires. On y note la présence de quelques follicules tuberculeux. Les lésions décroissent nettement vers la périphérie.

Il n'y a de lésions tuberculeuses nodulaires que dans la sous-muqueuse.

CHAPITRE V

Etude clinique

Nous étudierons successivement l'étiologie, la symptomatologie clinique et radiologique, l'evolution et le pronostic, les complications et pour terminer le diagnostic.

I. — ETIOLOGIE

A) **Cause déterminante.**

Le bacille de Koch. — Il existe des formes cliniquement primitives et des formes cliniquement secondaires.

a) **Forme cliniquement secondaire :** c'est le plus souvent au cours d'une tuberculose pulmonaire que se manifeste l'ulcus gastro-duodénal tuberculeux. On peut aussi le voir survenir à la période terminale de la tuberculose au cours d'une granulie.

b) **Forme cliniquement primitive :** le foyer pulmonaire primitif peut être très discret et de ce fait cliniquement méconnu. L'ulcus par les

symptômes importants qu'il provoque apparaît alors comme le phénomène primitif.

La co-existence de tuberculose intestinale est fréquente mais ne se produit par dans de nombreux cas.

D'autres foyers : hépatique, rénal, etc... peuvent apparaître, assombrissant singulièrement le pronostic, des localisations multiples viscérales étant toujours l'annonce d'une tuberculose évolutive rapidement fatale.

A côté de l'ulcus tuberculeux cliniquement primitif, existe-t-il un ulcus véritablement primitif, c'est-à-dire constituant la première manifestation anatomique de la tuberculose dans l'organisme? C'est là une question à laquelle il est difficile de répondre. Dans le cas de Hattute (Obs. I), il n'est pas signalé de tuberculose pulmonaire ou intestinale. Lava (Obs. III) spécifie à la fin de son observation qu'il n'existe « aucune trace de tuberculose dans l'appareil respiratoire et dans les autres organes. » Si l'on consulte des observations non plus d'ulcus en particulier mais de tuberculose gastrique en général, on trouve encore quelques cas tels ceux de Hjort, Surmondt, Knoflach et Pape, Cood, Melchior, Renauder, Séverin, Da Cunha Motta, dans lesquels il n'existe pas d'autre foyer. Mais à notre avis, il n'y a rien de probant dans tout cela : on conçoit, en effet, facilement qu'il puisse exister un minuscule foyer, par exemple un chancre d'inoculation ganglionnaire, qui passe facilement inaperçu et provoque l'infection de la muqueuse gastrique par le procédé indiqué par Arloing (voir pathogénie) celle-ci paraissant alors la première

atteinte. En définitive, nous pensons qu'il est impossible de rien affirmer de catégorique dans ce domaine.

B) **Causes favorisantes.**

a) **Le sexe.**

Les hommes sont beaucoup plus atteints que les femmes. Dans les observations que nous rapportons, il ne se trouve que le cas de Bereznegowsky (Obs. VIII) qui concerne une femme de 36 ans. Nous avons par ailleurs constaté au cours du dépouillement d'un grand nombre d'observations que l'ulcus gastro-duodénal tuberculeux chez la femme est véritablement l'exception.

b) **L'âge.**

L'âge lui-même semble avoir une certaine importance comme cause favorisante. Il ressort des observations que nous produisons que les malades sont en moyenne âgés de 35 à 45 ans.

II. — SYMPTOMATOLOGIE

Nous distinguerons deux formes symtômatiques de l'ulcus tuberculeux : une forme non sténosante et une forme sténosante qui nous apparaît être de beaucoup la plus fréquente et ceci certainement pour la raison que l'ulcus tuberculeux siège le plus souvent dans la région pylorique.

A) Signes fonctionnels.

1. Forme non sténosante.

Trois ordres de symptômes se manifestent : les douleurs, les vomissements, les hématémèses.

a) Douleurs épigastriques.

— Ce sont des douleurs à type de brûlure ou de torsion parfois très vives ou même intolérables (nécessitant alors l'emploi de la morphine comme dans le cas de Guy Albot (Obs. XXI) ou bien simplement de petites douleurs fugaces et capricieuses comme dans le cas de Lava (Obs. III).

— Ces douleurs surviennent après les repas : en moyenne une heure à trois heures après manger. C'est là le cas le plus général. Mais il arrive rarement, tel le cas de Hattute, que ces phénomènes surviennent vingt minutes après les repas. Au contraire au bout de six à huit heures, tel le cas de Tripier.

En somme, dans la grande majorité des cas : « syndrôme douloureux précoce ».

b) Vomissements.

Les vomissements que l'on observe au cours d'un ulcus tuberculeux non sténosant peuvent être classés dans la catégorie des vomissements réactionnels. Ils cont en liaison moins directe avec les repas que les vomissements par surcharge. On les voit, en effet, apparaître à n'importe quel moment de la journée, aussi bien après le petit déjeuner du matin que dans l'après midi ou même le matin à jeun au saut du lit. Ces

vomissements sont des vomissements alimentaires quand le malade vient de manger, des vomissements de liquide gastrique le matin à jeun.

c) **Hémorragies.**

Le Mélœna, les hématémèses peuvent s'observer : selles noirâtres, vomissements mêlés de marc de café.

Parfois, au contraire, ce sont des hématémèses abondantes de sang rouge comme dans le cas de Lapeyre (Obs. XIX) qui peuvent être le premier phénomène alarmant de la maladie, les symptômes antérieurs ayant eu une allure très bénigne et n'ayant pas de ce fait éveillé les craintes du malade.

2. — **Forme sténosante.**

Cette forme peut se manifester d'emblée ou faire suite à la forme précédente.

a) **Les douleurs.**

On assiste à l'atténuation progressive des douleurs post-prandiales qui perdent de leur intensité et font place à une sensation de pesanteur et de ballonnement après les repas. Ces sensations pénibles ne cessent que lorsque les aliments sont passés dans le duodénum ou ont été rejetés par vomissements.

b) **Vomissements.**

Ce sont tout d'abord **des vomissements de trop plein;** l'estomac a perdu toute sa tonicité; les douleurs ont complétement cessé. Les vomissements deviennent plus rares, ne se produisant

que tous les deux ou trois jours. Le malade expulse alors plusieurs litres d'un liquide noirâtre, visqueux, filant, d'odeur absolument infecte, plein d'aliments putréfiés.

c) **Hémorragies.**

Au cours de cette période comme au cour de la précédente peuvent se produire de petites hématémèses sous forme de marc de café ou de grands vomissements de sang d'allure cataclysmique.

3. **Autres symptômes.**

a) **Allure cyclique des phénomènes pathologiques.**

Il est rare de voir les symptômes prendre une allure cyclique. Le plus souvent c'est quotidiennement que le malade souffre et vomit dès le début clinique de sa maladie jusqu'à sa fin. On observe cependant quelques cas où la maladie prend l'allure de la maladie de Cruveilhier.

L'observation de Lecène (Obs. X) est particulièrement démonstrative dans cet ordre d'idées. Son malade éprouvait des brûlures épigastriques trois heures après les repas. Le phénomène durait pendant un mois. Puis pendant trois mois tout disparaissait absolument et le sujet guéri pouvait manger de tout. Puis les douleurs réapparaissaient pour une période de un mois. Ce cycle dura douze ans. Quel plus bel exemple d'ulcère de Cruveilhier? Et pourtant l'examen miroscopique est absolument catégorique puisqu'il montre des bacilles de Koch.

Le malade de Badinier (Obs. XX) est beaucoup moins typique. On retrouve cependant un certain cyclisme des phénomènes morbides. La première crise dure, en effet, un an et demi, puis tout cesse. Une nouvelle crise survient au bout d'un an et demi, mais alors qu'elle évolue depuis quinze jours, elle est interrompue par une hématémèse.

Quoi qu'il en soit, ces faits sont très rares et constituent de véritables curiosités cliniques.

b) **Symptômes d'accompagnement.**

Symptômes de périviscérite. — Très fréquemment périgastrite, péripylorite, périduodénite viennent troubler le tableau clinique en introduisant un élément de douleurs abdominales diffuses ou localisées qui risquent d'égarer le clinicien dans son diagnostic s'il n'a soin de faire préciser l'allure du début de la maladie.

Mais ces phénomènes sont encore bien plus troublants lorsqu'ils précèdent l'apparition du syndrome ulcéreux comme dans le cas du malade de Guy Albot (Obs. XXI) chez lequel fut porté un diagnostic d'appendicite. Ceci montre d'ailleurs que dans certains cas l'ulcus tuberculeux et la péritonite plastique tuberculeuse constituent deux processus qui évoluent indépendamment et parallèlement (Guy Albot).

Symptômes tenant à d'autres tuberculoses concomittantes. — Ce sont des symptômes de tuberculose pulmonaire ou intestinale le plus souvent, ou encore des symptômes de tuberculose ganglionnaire ou de tuberculose viscérale généralisée.

B) Signes physiques.

L'examen physique est le plus souvent trompeur et ne donne aucun signe se rapportant à l'ulcère lui-même.

Dans certains cas, on peut trouver une tumeur pylorique due à la réaction scléreuse de la paroi de l'organe.

Mais le plus souvent, la masse que l'on sent est due soit à des adénopathies pré-pyloriques soit à des gâteaux de périviscérite.

Quoiqu'il en soit, la présence de ces tumeurs, même faussant le diagnostic, incite heureusement à l'intervention chirurgicale.

C) Signes généraux.

Les signes généraux sont à peu près les seuls qui puissent éveiller les soupçons du clinicien et le faire douter de son diagnostic d'ulcère simple.

Ici, l'amaigrissement est la règle : amaigrissement important, rapide, pouvant atteindre jusqu'à 15 kilogs.

L'asthénie et la fébricule viennent compléter le tableau d'un malade en mauvais état général.

Il n'y a cependant dans cela rien de caractéristique et l'on va immanquablement en présence d'un sujet ayant présenté au début un syndrôme de Cruveilhier et maintenant une profonde atteinte de l'état général, avec sensation de tumeur à la palpation du creux épigastrique, porter un diagnostic d'ulcère cancérisé.

D) Signes radiologiques.

Les signes radiologiques eux-mêmes n'ont rien de pathognomonique. Les images les plus fréquen-

tes sont les images de niches et les images lacunaires.

Ces images varient suivant le siège de l'ulcère.

a) **Ulcères de la petite courbure.**

C'est dans ce cas que l'on a le plus de chance de trouver une niche ou une encoche : encore le fait est-il très rare. Mauboussin passant en revue de nombreuses radiographies n'a trouvé qu'une fois une niche de la petite courbure dans l'observation de Giardina.

b) **Ulcères du pylore.**

Ici nous ne trouvons que des signes banaux de sténose avec stase gastrique : Estomac en J très allongé pendant jusque dans l'hypogastre.

Aspect en cuvette.

Absence de tonicité.

Absence d'imprégnation du duodénum.

c) **Ulcères du duodénum.**

Dans le cas de Guy Albot (Obs. XXI), il existe :

— une niche de face avec plis radiés au niveau du bulbe;

— une image lacunaire polycyclique de la petite courbure du bulbe;

— une gêne du transit dans la troisième portion.

Jacques Stéphani signale qu'une image de continuité entre le bulbe et le cadre, une visibilité trop complaisante du cadre, des aspérités et des tractions extérieures dues aux adhérences, la fixité de certaines anses jéjunales ou iléales doivent éveiller l'attention dans l'examen du tube digestif d'un tuberculeux.

d) **Valeur diagnostique des images radiologiques.**

Il est évident que de tout ceci, on ne peut tirer aucune conclusion précise. Devant des images de niches, on portera le diagnostic d'ulcère de Cruveilhier; devant des images lacunaires, celui du cancer, et devant des images de stase gastrique, l'un ou l'autre de ces deux diagnostics.

Pop et Hanganutiu signalent cependant que dans les sténoses tuberculeuses, il existe une hypersécrétion que l'on ne trouve pas dans les sténoses cancéreuses.

Patronicola et Pohl insistent sur l'absence de modifications des images lacunaires au cours d'examens éloignés. On observerait aussi la régularité des contours de l'image lacunaire tuberculeuse opposée à l'irrégularité des contours de l'image cancéreuse.

Ce sont là, évidemment de simples affirmations personnelles des auteurs cités.

En résumé. — Il n'existe pas d'image radiologique pathognomonique de l'ulcus tuberculeux. Dans le cas de niche, on porte le diagnostic d'ulcère simple.

Dans le cas d'image lacunaire, on porte le diagnostic de cancer et c'est à l'examen microscopique de la pièce opératoire que l'on s'aperçoit qu'il s'agit de tuberculose. Si l'on n'opère pas et si l'on en croit les auteurs énoncés ci-dessus, l'absence de modifications de l'image au cours d'examens successifs éloignés peut faire soupçonner la tuberculose.

Dans le cas d'image de stase, le diagnostic reste hésitant entre un ulcère simple sténosant et un

cancer. Après intervention, on retombe dans le cas précédent.

III. — EVOLUTION - PRONOSTIC

Pour Lapeyre, l'évolution de l'ulcus tuberculeux est la même que celle de l'ulcère rond de Cruveilhier.

En réalité, l'ulcus tuberculeux siégeant dans la majorité des cas sur le pylore et entraînant le plus souvent une réaction de la paroi, provoque pour ces diverses raisons, une sténose qui aboutit à plus ou moins brève échéance à l'atonie gastrique, aux phénomènes de stase et à la dénutrition. En même temps, la tuberculose pulmonaire évolue pour son propre compte, ajoutant des apports de bacilles à la lésion gastrique. On voit aussi apparaître de nouvelles localisations viscérales et le malade finit par mourir soit de la lésion pulmonaire, soit de granulie, soit de cachexie, soit d'une complication telle que : péritonite aiguë par perforation ou hématémèse foudroyante.

Si l'on opère, le diagnostic peut être changé :

Le malade de Guy Albot avait engraissé de 14 kg. en cinq mois après l'intervention.

La malade de Bereznegowsky guérit elle aussi. Il en est de même pour le sujet de Lecène dont la guérison parfaite se maintient après un an. La guérison du malade de Good se maintient après deux ans.

Par contre, le malade de Ricard et Chevrier meurt subitement d'une perforation.

Le malade de Gurshmann meurt de sa lésion

pulmonaire. Le malade de Broders et le malade de Good meurent, quelques jours après l'opération, de pneumonie. Le malade de Badinier succombe au bout de six mois à la tuberculose pulmonaire, quant à celui de Lapeyre, il ne survit pas plus de vingt-quatre heures.

Il ne semble donc pas que l'intervention chirurgicale dans le cas d'ulcus tuberculeux améliore de façon particulièrement brillante le pronostic.

On a affaire, en effet, à des tuberculeux. Ce sont des malades fragiles en mauvais été général qui ne supportent pas aisément l'intervention; tel le malade de Mauboussin qui succombe au choc opératoire. Pour cette même raison, ils peuvent mourir de pneumonie quelques jours après l'intervention ou bien encore la lésion pulmonaire continue d'évoluer et les emporte au bout de quelques mois.

Enfin, il ne faut pas oublier que tout tuberculeux qui présente plusieurs localisations viscérales est un granulique condamné à plus ou moins brève échéance.

Il semble que le pronostic soit tout spécialement retourné par l'intervention dans les cas ou l'ulcus tuberculeux apparaît comme la seule localisation tuberculeuse (cas de Bereznegowsky et de Lecène) ou lorsque la lésion pulmonaire très discrète peut être stoppée dans son évolution par un pneumothorax thérapeutique (cas de Guy Albot).

En résumé. — L'évolution de l'ulcus tuberculeux est fatal si l'on n'opère pas.

Si l'on opère, le pronostic post-opératoire est

réglé par l'état général, la gravité de la tuberculose pulmonaire, l'existence d'autres localisations viscérales.

IV. — COMPLICATIONS

Nous n'insisterons pas sur les complications de l'ulcus tuberculeux qui sont celles de tous les ulcères. Signalons simplement :

a) **La perforation.** — Elle est rare par suite de la périviscérite. Quand elle ne se produit pas dans la grande cavité., elle provoque évidemment une péritonite diffuse, mortelle. En péritoine cloisonné, elle peut passer quelques fois inaperçue.

b) **L'hémorragie.** — Simple symptôme quand elle ne se manifeste que par des selles noires ou l'aspect marc de café des vomissements, elle peut devenir une complication de pronostic effroyable quand elle revêt la forme d'hématémèse de plusieurs litres.

Une complication d'ailleurs purement anatomique et propre à la tuberculose est

c) **la fistule gastro-duodénale.** — L'observation de Mathieu et Rémond (Obs. II) en est un bel exemple. Ces fistules peuvent se former dans un gâteau d'adhérences.

V. — DIAGNOSTIC

A) Diagnostic clinique.

Le diagnostic clinique de l'ulcus tuberculeux est impossible. Nous avons vu, en effet, que ses

symptômes sont ceux d'un ulcère de Cruveilhier ou d'une sténose pylorique.

B) Diagnostic radiologique.

Ne reposant sur aucune base solide, l'examen radiologique aboutit au diagnostic de sténose ulcéreuse ou cancéreuse.

C). Diagnostic anatomique macroscopique.

L'examen macroscopique lui-même de la pièce anatomique n'a pas de valeur absolue. Il permet seulement de reconnaître qu'il existe un ulcère. Or on peut voir :

1. **Un ulcère rond simple,** sans granulation miliaire, sans l'aspect d'un ulcère de Cruveilhier. Et c'est pourtant un ulcère tuberculeux puisque l'examen histologique va y révéler les lésions spécifiques de la tuberculose. Tels sont les cas de Hartmann et Renaud ou de Ravault et Creyssel.

2. **Un ulcère avec granulations miliaires :** les bords sont minés en dessous, il y a des adénopathies. Malgré la présence des granulations, on ne peut pas affirmer au simple vu qu'il s'agisse d'un ulcère tuberculeux. De telles granulations peuvent en effet avoir une autre origine que la tuberculose. Lapeyre de Paris rapporte en effet dans sa thèse une observation de péritonite pseudo-tuberculeuse à la suite de perforation de l'estomac dans laquelle le péritoine apparaît parsemé de granulations tuberculeuses typiques qui à l'examen histologique se révèlent être une

simple forme de réaction nodulaire de l'organisme à l'égard de corps étrangers. Des poussières, des débris de cheveux peuvent faire apparaître de telles granulations.

En résumé : nous dirons donc que l'examen macroscopique d'un ulcère ne peut faire présager de sa nature tuberculeuse du fait que :

1) Un ulcère d'apparence simple peut-être en réalité tuberculeux;

2) Un ulcère d'apparence tuberculeux peut-être une ulcération banale.

Signes de présomption : les adénopathies; les granulations miliaires.

D) Diagnostic histologique.

C'est le seul test de certitude. L'examen histologique montre :

— les cellules géantes,
— les cellules épithélioïdes,
— les amas de caséum;
— les bacilles de Koch de façon inconstante.

Le diagnotic de l'ulcus tuberculeux est donc exclusivement histologique.

CHAPITRE VI

Traitement

Arloing, dans sa thèse sur les « ulcérations tuberculeuses de l'estomac », conseillait de leur appliquer simplement un traitement médical, sans grand espoir d'ailleurs d'en retirer un bénéfice intéressant. Il est vrai que cet auteur mélangeait dans une même étude les ulcérations multiples d'origine tuberculeuse et l'ulcus tuberculeux qui nous intéresse.

Il faut arriver à Ricard et Chevrier pour que soient individualisées des formes chirurgicales de tuberculose gastrique. Ces formes chirurgicales sont les formes hypertrophiques sténosantes ulcéreuses ou non.

Fragomèle continue à défendre le traitement médical, disant avoir obtenu un succès. Mais son diagnostic ne présente évidemment aucun caractère de certitude puisque purement clinique et radiographique.

C'est donc le traitement chirurgical qu'il faut uniquement envisager. Plusieurs interventions sont possibles.

A) Les interventions palliatives.

La **résection** de l'ulcère et la **gastro-entérostomie**, suivant les cas anatomiques devant lesquels ils se sont trouvés, ont été conseillées par Ricard et Chevrier.

Ces auteurs déconseillent les interventions radicales qui sont à rejeter chez des malades affaiblis et qui présentent d'ailleurs en un autre point de l'organisme un autre foyer tuberculeux évoluant pour son compte.

Mais tous les cas qu'ils rapportent sont suivis à plus ou moins longue échéance de la mort du malade.

B) Intervention radicale.

La **gastrectomie** a été pratiquée pour la première fois par Alessandri.

Parmi les gastrectomies pratiquées pour tuberculose gastrique, il y a Billroth II sur 27 interventions notées dans la thèse de Mauboussin.

Les succès sont des plus variables. Nous les avons étudiés à propos du pronostic. Ils semblent tenir à l'état général du malade, au plus ou moins de gravité de la tuberculose pulmonaire, à l'existence ou non d'autres foyers viscéraux.

C) Interventions en plusieurs temps.

Le malade de Lecène subit dans un premier temps une gastro-entérostomie et dans un deuxième temps une gastrectomie.

D) Le choix de l'intervention.

Le choix de l'intervention dépend évidemment de la confrontation de l'état général du malade avec les lésions trouvées à l'ouverture de l'abdomen. Le malade de Lecène très affaibli ne supporte pas une gastrectomie. Le malade de Ricard et Chevrier survit plusieurs mois, très soulagé, n'ayant subi qu'une résection d'ulcère.

Même remarque pour le malade de Badinier.

En résumé. — La gastrectomie est l'intervention de choix, mais son usage est subordonné à l'état général du sujet et aux possibilités de survivance commandées par les autres foyers tuberculeux.

Conclusions générales

I. — A côté des ulcérations tuberculeuses de l'estomac et du duodénum, il existe un « ulcus tuberculeux gastro-duodénal ».

II. — Cet ulcus tuberculeux siège dans la zone d'élection de l'ulcus rond de Cruveilhier.

III. — Il donne fréquemment les symptômes cliniques de l'ulcère rond et dans d'autres cas des symptômes de sténose.

IV. — Au point de vue radiologique, les images sont soit des images d'ulcère rond, soit des images lacunaires de cancer, soit des images de stase gastrique.

V. — Il ne se distingue de l'ulcère rond que par l'histologie. Son diagnostic est donc essentiellement microscopique.

VI. — Son traitement est chirurgical, mais le succès n'est obtenu que dans les cas peu fréquents où l'ulcère est apparemment une forme primitive de tuberculose ou bien lorsque la tuberculose pulmonaire est très discrète et ne s'accompagne pas de localisations viscérales multiples.

Vu : *Le Président de la thèse :*

Pierre FABRE

Vu : *Le Doyen :*

J. CALVET.

Vu et permis d'imprimer.

Toulouse, le 21 Janvier 1946.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université:

P. DOTTIN.

Bibliographie

Albot (Guy). — Ulcère tuberculeux de la première portion du duodénum. Guérison opératoire. (Société Méd. des Hôp. de Paris. Année 1941, pags. 727 à 734).

Arloing. — Des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. (Thèse Lyon, 1902-1903).

Badinier. — Tuberculose gastrique primitive. (Thèse Paris, 1936).

Barbier. — Formes chirurgicales de la tuberculose gastrique. (Thèse Paris, 1944).

Batsère. — Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac. (Thèse Toulouse, 1901).

Bereznegowsky. — Tuberculeuse du pylore. (Chirourguia, t. XXIII, n° 138, juin 1908, pg. 632).

Broders. — Tuberculose de l'estomac. (Surgery-Gynocology and obstetrics, t. XXV, n° 5, novembre 1917, pgs. 490-504).

Curshmann. — In Conrad Brunner. (Deutche chirurgie, 1907. Cité par Lériche et Mouriquand).

Da Cunha Motta. — Tuberculose gastrica. (Ann. Fac. de Méd. da Univ. de Sao Paulo. Année 1934, pages 129-141).

Fiessinger. — Une nouvelle forme de tuberculose gastrique avec image radiologique de Niche en plateau. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, année 1941).

Fragomele. — Ulcère gastrique tuberculeux. (11 Morgagni. Acta. Chir. Scand., fév. 1927, fasc. 4, p. 331).

Good. — Tuberculosis of Stomach: Analysis of cases recently reviewed. (Arch. surg., mars 1931, n° 22, pages 415-425).

Haberson. — Case of tubercular ulcer of the stomach witch tubercular case of pericardium and other serous membrane. (Transact of the pathol soc. of London, t. XLV, p. 73, année 1894-1895).

Hartmann. — Chirurgie de l'estomac et du duodénum. (7ème série).

Hartmann et Renaud. — Neuf ulcérations de l'estomac à forme clinique et anatomique d'ulcération simple. (Bull. de la Soc. Anat. de Paris. Année 1920, page 357).

Hjort. — Un cas de tuberculose de l'estomac. (Norst-May f. Moguid, janvier 1928, p. 20).

Lapeyre. — Ulcère tuberculeux de l'estomac. (Cahier de gastro-entérologie. Année 1933).

Lava. — In-Arloing. (Obs. n° XCII).

Lériche et Mouriquand. — Les formes chirurgicales de la tuberculose gastrique. (Revue de Chirurgie. Année 1909, t. XXXIV, n° 2, pgs. 337-353; n° 3, pages 520-559).

Létorey. — Contribution à l'étude des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. (Thèse Paris 1895).

Lisa. — Revue de la tuberculose. (Année 1927, p. 606).

Mathews, Délaney et Dragstedt. — Duodénal tuberculosis. A reviews of the litterature. Report of a case of hyperplastic tuberculosis of the duodenum. (Arch. of Surgery, décembre 1922, pags. 1055-1066).

Marfan. — Troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire. (Thèse Paris, 1887).

Mathieu et Remond. — In Letorey.

Nédelée. — La tuberculose de l'estomac. (Arch. fr. Belges de Chir., année 1934, pgs. 76-104).

Poncet et Lériche. — Tuberculose inflammatoire de l'estomac. B.M.S.C., Paris, 20 mai 1908).

Quenardel. — De l'ulcère tuberculeux de l'estomac. (Thèse Paris, 1919-1920).

Ramon. — Maladies de l'estomac et du duodénum. (Masson Ed. Paris, 1941).

Ravault et Creyssel. — Les lésions folliculaires spécifiques dans l'ulcère gastrique vrai. (Arch. mal. app. dig., mars 1926).

Ricard et Chevrier — Les sténoses tuberculeuses du pylore. (Revue de Chir., année 1905, pages 557 et suivantes).

Schleisinger. — La tuberculose pylorique et les abcès intrapariètaux de l'estomac. (Muencherer medizinische Wochenschrift, t. LXI, n° 18, 5 mai 1914, pages 980-989).

Sima Nadine. — Forme chirurgicale de la tuberculose gastrique primitive. (Thèse Paris, 1934).

Talamon. — Phtisie locale. Ulcérations tuberculeuses de l'estomac et de l'intestin (carreau) (Bull. Soc. Anat. de Paris, 28 juin 1978).

Tripier. — In Arloing.

Table des matières

Introduction 9

Chapitre I :
Généralités sur la tuberculose gastroduodénale .. 11

Chapitre II :
Anatomie pathologique de l'ulcus tuberculeux 17

Chapitre III :
Pathogénie 25

Chapitre IV :
Observations 29

Chapitre V :
Etude clinique ;
I. Etiologie 51
II. Symptômatologie 53
III. Evolution. Pronostic. 61
IV. Complications 63
V. Diagnostic. 63

Chapitre VI :
Traitement 66

Conclusions Générales 69

Bibliographie 71

A. a. 103 Dép. Lég. (1er trim. 49)

Imp. Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières